

Rechtsprechung / Sozialversicherungsrecht

Nr. 162

## Urteil des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen, Abteilung III, vom 3. Dezember 2024 ([KV 2023/8](#))

### ***Leistungspflicht des Krankenversicherers für Pflegeleistungen von angestellten Angehörigen***

*Die von angestellten Angehörigen erbrachten Pflegeleistungen sind soweit zu dokumentieren, dass die Umsetzung des im Leistungsplanungsblatt vorgesehenen Massnahmen nachvollzogen werden kann. Eine weitergehende Detaillierung, insbesondere eine Angabe von Uhrzeiten, ist nicht erforderlich. Der auf die tägliche Unterstützung beim Trinken und das regelmässige Schneiden von Finger- und Zehennägeln entfallende Aufwand von 30 Minuten pro Tag ist – im Hinblick auf die eheliche Beistandspflicht – nicht zu vergüten.*

### Sachverhalt

Der 1954 geborene Versicherte war seit 1. Januar 2019 bei der Avenir Krankenversicherung AG im Rahmen der obligatorischen Krankenpflege versichert. Aufgrund einer primär progredienten Multiplen Sklerose mit beinbetonter, spastischer Tetraparese, Lymphabflussstörung Bein links, Trigeminusneuralgie links sowie Einschränkungen in der Grob- und Feinmotorik ist er auf Pflegeleistungen der Spitex angewiesen. Insbesondere benötigt er Unterstützung für die Körperpflege, beim An- und Auskleiden, beim Toilettengang und beim Aufstehen sowie Sich-Hinlegen.

Am 28. November 2019 reichte die X. Y. Spitex-Organisation, Mitglied der Association Spitex privée Suisse (ASPS), der Avenir das Leistungsplanungsblatt und das Bedarfsmeldeformular für Spitex-Leistungen für die Verordnungsperiode vom 7. Oktober 2019 bis 31. März 2020, unterzeichnet von Dr. med. A. B. ein. Die Pflege des Versicherten wurde (primär) von dessen Ehefrau durchgeführt. Die Avenir teilte der Spitex-Organisation mit Schreiben vom 16. Dezember 2019 mit, sie kürze diverse – näher umschriebene – Leistungen, weshalb in der Tarifstufe C maximal 50 Stunden und 47 Minuten anstelle der beantragten 63 Stunden und 59 Minuten pro Monat abgerechnet werden dürften.

Die Avenir begründete die Kürzung unter anderem damit, nicht verrechenbar sei, was der Ehefrau des Versicherten im Rahmen der Schadenminderungspflicht bzw. aufgrund ihrer ehelichen Beistandspflicht an Pflege zuzumuten sei. Ausserdem wies die Avenir darauf hin, dass keine Pflegeleistungen vergütet werden könnten, ohne dass ein Pflegerapport der Ehefrau des Versicherten eingereicht werde, der demjenigen einer professionellen Spitex-Angestellten entspricht.

Mit Verfügung vom 20. April 2023 hielt die Avenir fest, sie übernehme zwei Einsätze pro Tag der pflegenden Ehefrau zu maximal zwei Stunden täglich bis 30. April 2023. Die Abklärung durch die betreuende Spitex-Pflegefachperson werde monatlich übernommen. Dies bedeute eine Limitation der Leistungsübernahme durch die Avenir auf maximal 3214 Franken pro Monat. Ab 1. Mai 2023 seien die Leistungen in einem korrekten

Leistungsnachweis festzuhalten. Ansonsten würden keine Leistungen mehr vergütet. Die Vergütung der sistierten Leistungen bis 30. April 2023 erfolge nach Eintritt der Rechtskraft der Verfügung.

Dagegen erhob der Versicherte am 6. September 2023 Beschwerde und beantragte, der Einspracheentscheid sei aufzuheben und die Avenir sei zu verpflichten, der Spitex-Organisation im Zeitraum 2019 bis 2022 die in Rechnung gestellten Pflegeleistungen zu bezahlen. Eventuell sei der Einspracheentscheid aufzuheben und die Angelegenheit an die Avenir zurückzuweisen; alles unter Kosten- und Entschädigungsfolge.

## Erwägungen

Umstritten und vom Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen zu entscheiden war, ob die Reduktion der beantragten Leistungspflicht für den Zeitraum vom 1. Juli 2022 bis 30. April 2023 zulässig sei. Zunächst stellte sich für das Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen die Frage, ob die geltend gemachten Pflegeleistungen hinreichend nachgewiesen sind. Die Avenir verlangte in der angefochtenen Verfügung einen korrekten Leistungsnachweis, wobei sie diesbezüglich eine detaillierte Pflegedokumentation mit Datum, Uhrzeit, Art der Pflegehandlung und Rai-HC-Position verlangte.

Die Versicherungsrichter weisen in Erwägung 3.1 darauf hin, dass der Leistungserbringer gemäss [Art. 42 Abs. 3 KVG](#) dem Schuldner eine detaillierte und verständliche Rechnung zuzustellen habe. Er muss alle Angaben machen, die der Schuldner benötigt, um die Berechnung der Vergütung und die Wirtschaftlichkeit der Leistung überprüfen zu können. Genügen die vorhandenen Angaben nicht für eine zuverlässige Beurteilung der Leistungspflicht, hat die Krankenversicherung ergänzende Unterlagen einzufordern. Wird dieser Aufforderung nicht oder nur ungenügend nachgekommen, so ist der Krankenversicherer befugt, die Leistungspflicht für die beantragten Massnahmen abzulehnen.

Gemäss dem vorliegend anwendbaren Administrativvertrag hat der Leistungserbringer die effektiv erbrachten Pflegeleistungen abzurechnen und kann insbesondere keine Vorausrechnungen stellen (E. 3.1.1). Das Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen weist sodann darauf hin, dass der Leistungserbringer gemäss dem anwendbaren Administrativvertrag, die erbrachten Minuten pro Leistungsart anzugeben hat. Gemäss [BGE 142 V 203 E. 7.2.3](#) sei der Leistungserbringer zudem lediglich berechtigt, die effektiv erbrachten Pflegeleistungen, die im Leistungskatalog von [Art. 7 Abs. 2 KLV](#) enthalten seien, in Rechnung zu stellen. Eine pauschale Fakturierung sei nicht zulässig (E. 3.1.1).

Die Avenir machte geltend, sie habe keine Pflegerapporte erhalten, welche die einzelnen erbrachten Leistungen detailliert dokumentiert hätten. Es seien nur einzelne Tage nachträglich beispielhaft aufgeführt und für eine Woche dokumentiert worden. Der Versicherte demgegenüber stellte sich auf den Standpunkt, dass die Spitex-Organisation diverse Pflege- und Betreuungspläne eingereicht habe und auf diesen die angestellte Ehefrau, die von ihr an den jeweiligen Tagen erbrachten Pflegeleistungen stichwortartig aufgeführt habe. Das Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen stellt in tatsächlicher Hinsicht fest, dass im Pflegejournal der Ehefrau zwar der zeitliche Aufwand der tatsächlich ausgeführten Pflegeleistungen nur gelegentlich beziffert worden sei. Gleichwohl könne, so die Versicherungsrichter, den Einträgen eine Regelmässigkeit der Pflegeausführung entnommen werden und die verrechneten Leistungen im Grundsatz nachvollzogen werden (E. 3.1.2).

Das Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen weist auf die spezielle Situation der Pflege durch die mit dem Versicherten zusammenlebende Ehefrau hin und folgert, dass deshalb die zwar nur stichwortmässige, aber gleichwohl tägliche Dokumentation der ausgeführten Pflegeleistungen genüge. Nach der Auffassung der

Versicherungsrichter kann der Spitex-Organisation nicht eine pauschale Fakturierung vorgeworfen werden, nicht zuletzt deshalb, weil die von der Avenir geforderte Detaillierung den eingereichten Leistungsplanungsblättern entnommen werden könne (E. 3.1.3).

In der Folge befasste sich das Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen mit dem Umfang der verrechenbaren Pflegeleistungen. Der Versicherte machte geltend, dass die von seinem Hausarzt ärztlich angeordneten Pflegeleistungen von 76 Stunden und 14 Minuten pro Monat massgeblich seien beziehungsweise die von der angestellten Ehefrau nach Massgabe der Instruktion beziehungsweise der Leistungsplanungsblätter tatsächlich ausgeführte Pflege zu vergüten sei. Die Avenir ihrerseits vertrat den Standpunkt, dass gemäss der Beurteilung ihres Vertrauensarztes sowie ihres Vertrauenspflegefachmannes lediglich ein Pflegebedarf von 2 Stunden pro Tag, entsprechend 60 Stunden pro Monat, ausgewiesen sei (E. 3.3.2).

Die Avenir machte sodann geltend, dass die auf den Leistungsplanungsblättern aufgeführte tägliche Unterstützung beim Trinken von insgesamt 8 beziehungsweise 10 Minuten sowie das Schneiden der Finger- und Zehennägel von monatlich 30 Minuten nicht leistungspflichtig seien, insbesondere im Hinblick auf die eheliche Beistandspflicht der Ehefrau. Der Versicherte vertrat den Standpunkt, dass die gesetzliche Leistungspflicht gemäss KVG im Verhältnis zur ehelichen Beistandspflicht prioritär sei, weshalb keine Kürzung zulässig sei. Zudem erfolge bei Sachleistungen praxismässig keine Kürzung gestützt auf die familienrechtliche Beistandspflicht. Das Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen verweist in Erwägung 3.3.3 auf [BGE 145 V 161](#) E. 3.3.2 und erachtet die Kürzung der Leistungspflicht beziehungsweise den von der Avenir anerkannten Pflegebedarf von 2 Stunden pro Tag als gerechtfertigt.

Im Weiteren überprüfte das Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen schliesslich die ebenfalls vom Versicherten beanstandete Kürzung des administrativen Durchführungsaufwandes beziehungsweise der sogenannten A-Leistungen. Die Spitex-Organisation ging diesbezüglich von einem monatlichen Aufwand von 1 Stunde und 56 Minuten beziehungsweise von 2 Stunden und 26 Minuten aus. Die Avenir ihrerseits anerkannte lediglich einen administrativen Durchführungsaufwand von 45 Minuten pro Monat. Die Versicherungsrichter halten in Erwägung 3.4 fest, dass die Spitex-Organisation nicht nur den Aufwand für die Pflegebedarfsabklärung und die Kommunikation mit dem Hausarzt sowie die Beratung des Klienten, sondern auch die aufgewendete Zeit für die Korrespondenz mit der Avenir beziehungsweise dem Rechtsvertreter des Versicherten sowie die Gespräche mit dem Versicherten über einen allfälligen Wechsel der Spitex-Organisation verrechnet habe. Das Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen erwägt, dass es sich bei dem letztgenann-

ten Zeitaufwand nicht um einen versicherten Abklärungs-, Beratungs- oder Koordinationsaufwand im Sinne von [Art. 7 Abs. 1 lit. a KLV](#) handele, weshalb die Reduktion des Aufwandes für die A-Leistungen auf 45 Minuten gerechtfertigt sei (E. 3.4).

## Bemerkungen

Das vorliegende Urteil bringt Klärung, beantwortet aber nicht alle Fragen. Nachvollziehbar ist die Auffassung des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen hinsichtlich der Dokumentationspflicht. Wenn die Spitex-Organisation in Anwendung eines anerkannten Abklärungsinstruments den Pflegebedarf nach Massgabe der standardisierten Vorgaben feststellt und gestützt darauf eine Pflegeplanung erstellt, die die von der versicherten Person benötigten Pflegeleistungen detailliert in einem Leistungsplanungsblatt aufführt, ist es nicht erforderlich, dass die die Pflege ausführende Hilfsperson der Spitex-Organisation die von ihr tatsächlich erbrachten Pflegeleistungen mit demselben Detaillierungsgrad dokumentiert.

Das von den die Pflegeleistungen ausführenden Hilfspersonen zu erstellende Pflegejournal muss lediglich sicherstellen, dass die Ausführung der geplanten Pflegeleistungen nachvollzogen werden kann. Zudem müssen besondere Vorkommnisse im Pflegejournal der ausführenden Hilfsperson erwähnt werden, damit gegebenenfalls im Interesse der versicherten Person interveniert bzw. die ausführende Hilfsperson bei Bedarf instruiert und angeleitet sowie gegebenenfalls bei einem dokumentierten Mehrbedarf ein Reassessment des Pflegebedarfes veranlasst werden kann. In der Abrechnung sind deshalb die am jeweiligen Tag erbrachten Pflegeleistungen nach Massgabe der Standardzeiten und nicht der effektiven Ausführungszeiten vorzunehmen, wie die Versicherungsrichter ebenfalls festhalten. Die Zurückhaltung hinsichtlich des Detaillierungsgrades der Ausführungsdokumentation rechtfertigt sich nicht zuletzt auch im Hinblick auf die Personalknappheit im Pflegebereich.

Von zentraler Bedeutung ist das Urteil des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen in Bezug auf das Koordinationsverhältnis zwischen der familienrechtlichen Beistandspflicht und der Leistungspflicht des Krankenversicherers. Praxisgemäss werden die Sachleistungen, die im Rahmen der obligatorischen Heilungskostenversicherung gedeckt sind, nicht gekürzt, wenn es sich beim zugelassenen Leistungserbringer um eine Angehörigenperson handelt, die in Bezug auf die versicherte Person beistandspflichtig ist. Ebenso wenig wurde bislang von der Rechtsprechung eine Kürzung der Leistungspflicht des Heilungskostenversicherers bejaht, wenn die vom zugelassenen Leistungserbringer herangezogene Hilfsperson gegenüber der versicherten Person beistandspflichtig ist beziehungsweise Angehörigenpersonen mit der versicherten Personen im selben Haushalt leben.

In Verallgemeinerung des vorliegenden Entscheides des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen wäre inskünftig in all diesen Konstellationen eine Kürzung der obligatorisch versicherten Heilbehandlungsmassnahmen, insbesondere von Pflegeleistungen, vorzunehmen. Nach der Auffassung des Referenten ist das Urteil in dieser Hinsicht zu kritisieren. Ob die obligatorisch versicherten Heilbehandlungsmassnahmen von Angehörigenpersonen erbracht werden (könnten), die gegenüber der versicherten Person beistandspflichtig sind, ist irrelevant. Mit Bezug auf die obligatorisch versicherten Pflegeleistungen kommt hinzu, dass die Überwälzung der Kosten der gekürzten Pflegeleistungen von der Spitex-Organisation auf die versicherte Person zusätzlich zum Pflegekostenselbstbehalt, den die Spitex-Organisation verrechnet, nicht mit [Art. 25a Abs. 5 KVG](#) vereinbar ist.

Es ist deshalb unter Hinweis auf ein Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Glarus, VG.2024.00037 vom 16.1.2025, davon auszugehen, dass der Krankenversicherer nicht berechtigt ist unter Hinweis auf die familienrechtliche Beistandspflicht – egal, ob eine beistandspflichtige Angehörigenperson die in Rechnung gestellten Leistungen erbracht hat oder hätte erbringen können – zu kürzen. Die Bundesrichter haben unter Hinweis auf frühere Entscheide darauf hingewiesen, dass «nicht verrechenbar sei, was dem Familienangehörigen im Rahmen der Schadenminderungspflicht und dem Ehegatten im Besonderen auf Grund der ehelichen Beistandspflicht nach [Art. 159 Abs. 3 ZGB](#) an Pflege zugemutet werden kann» bzw. «der OKP lediglich Kosten in Rechnung gestellt werden [können], welche eine Pflege zu Hause durch aussenstehende Spitex-Angestellte verursachen würde» ([BGE 145 V 161 E. 3.3.2](#)).

Es ist nicht klar, welches die Tragweite dieses Zitates beziehungsweise dieses *obiter dictum* ist. Bedeutet es, dass gestützt auf die familienrechtliche Solidaritätspflicht auch bei den Sachleistungen eine Kürzung der grundsätzlich bestehenden Leistungspflicht vorzunehmen ist? Oder meint das Bundesgericht lediglich, dass nur der zeitliche Umfang des Pflegebedarfes zu entschädigen ist, der von zugelassenen Leistungserbringern erbracht würde bzw. gemäss den Standardzeiten des Abklärungsinstruments ausgewiesen ist? Im vorliegenden Fall wurde die Kürzung im Umfang von 30 Minuten mit der Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme und dem Schneiden von Finger- bzw. Zehennägeln begründet. Diesbezüglich lässt sich darüber diskutieren, ob es sich bei den fraglichen Handreichungen um sogenannte Ohnehin-Leistun-

gen handelt beziehungsweise diesbezüglich ein versicherter Grundpflegebedarf vorliegt.

[Art. 7 Abs. 2 Ziff. 1 KLV](#) erwähnt die Hilfe beim Essen und Trinken. Der Verordnungsgeber verdeutlicht aber nicht, welche Hilfeleistungen er damit genau meint. Das Bundesgericht hatte diesbezüglich auch schon zu entscheiden, welche Hilfeleistungen im Zusammenhang mit der Nahrungsaufnahme beziehungsweise der Ernährung als Grundpflegeleistung zu qualifizieren sind ([BGE 136 V 172](#) E. 5.3.3). Dieselbe Problematik besteht beim Schneiden von Finger- und Zehennägeln, das von Angehörigen bei Kindern oder auch bei einer alterungsbedingten Einschränkung erbracht wird ohne dass dabei eine krankheitsbedingte gesundheitliche Beeinträchtigung vorliegen würde. Insoweit wäre es zu begrüssen, wenn sich das Bundesgericht bei einer sich bietenden Gelegenheit ausführlich nicht nur zur grundsätzlichen Zulässigkeit einer Kürzung von obligatorisch versicherten Pflegeleistungen unter Hinweis auf die familienrechtliche Beistandspflicht äussern, sondern auch die Abgrenzung des obligatorischen versicherten Grundpflegebedarfs von den (nicht versicherten) familiären Ohnehin-Leistungen vornehmen und klare Kriterien nennen würde.



Hardy Landolt